

AVIS MÉDICAL POUR LA COMMISSION MÉDICALE PRÉ-PAM AFFELNET

A remplir par le médecin scolaire ou le médecin qui suit l'adolescent et à transmettre au chef d'établissement sous pli confidentiel

A REMPLIR PAR LE DEMANDEUR

Établissement scolaire en 2019/2020 :

Nom de l'élève : Prénom :

Date de naissance: Classe :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN

1 – Nature de la pathologie et/ou du handicap (à détailler)

.....
.....
.....
.....
.....

2 – Nécessité de proximité des soins et/ou rythme des soins (à détailler)

.....
.....
.....
.....
.....

3 – Contre-indications à (un ou plusieurs choix possibles) :

TYPE DE SITUATION

- | | |
|---------------------------------|--------------------------|
| Station debout pénible | <input type="checkbox"/> |
| Trouble de la communication | <input type="checkbox"/> |
| Conduite d'engins | <input type="checkbox"/> |
| Effort prolongé | <input type="checkbox"/> |
| Gestion des situations à risque | <input type="checkbox"/> |
| Port de charge | <input type="checkbox"/> |
| Déplacement | <input type="checkbox"/> |
| Préhension | <input type="checkbox"/> |

CONDITIONS ENVIRONNEMENTALES

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------|
| Activité en hauteur | <input type="checkbox"/> |
| Présence d'allergènes respiratoires | <input type="checkbox"/> |
| Présence d'allergènes de contact | <input type="checkbox"/> |
| Milieu humide | <input type="checkbox"/> |
| Autre (à préciser) : | |

.....
.....
.....

4 – Éléments d'appréciation complémentaires :

.....
.....
.....
.....

Date :

Signature et cachet du Médecin :